

РАЗДЕЛ V ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ И АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФЛЕБОЛОГИИ

РОЛЬ СОСУДИСТОГО ФАКТОРА В МОРФОГЕНЕЗЕ ПСЕВДОКИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Дорошкевич С.В., Дорошкевич Е.Ю.

УО «Гомельский государственный медицинский университет».

Беларусь

Клиническое течение острого панкреатита сопровождается различными осложнениями, которые в 95-97% случаев являются основной причиной летального исхода. Патологический процесс в поджелудочной железе может прекратиться, а осложнения принимать доминирующие значения. Установлено, что образованная кисты поджелудочной железы в 20 – 75 % случаев сама является источником осложнений, возникновение которых может приводить к гибели больных.

Данные литературы в основном освещают клинику, диагностику и лечение [1,2,3,5]. Сведения, характеризующие морфогенез поджелудочной железы, недостаточны и фрагментарны.

Материал и методы исследования. Экспериментальные исследования проводились на 126 нелинейных белых крысах-самцах весом 160-180 грамм. Работу проводили с соблюдением правил, предусмотренных Европейской комиссией по надзору за проведением лабораторных и других опытов с участием экспериментальных животных разных видов. Под эфирным наркозом производили срединную лапаротомию.

В разрез выводили селезеночный сегмент поджелудочной железы вместе с салеником и селезенкой. Для локальной гипотермии поджелудочной железы использовали криохирургический комплекс КСН 3А/В (фирма Хирана, г.Брно, Чехословакия). Охлаждение железы осуществляли интраоперационно, путем непосредственного соприкосновения криохирургического наконечника с тканью

поджелудочной железы [4].

Воздействие низкой температуры осуществлялось в течение 60 секунд. Использовали температурный режим -100°C . Операционную рану ушивали послойно наглухо. Сразу после операции животные получали пищу и питье в неограниченных количествах.

Забой животных проводился путем декапитации. Для гистологических исследований брали поджелудочную железу с парапанкреатической жировой клетчаткой, брыжейку тонкой и толстой кишки, большой сальник и псевдокисту поджелудочной железы. Фиксацию проводили в 10% нейтральном формалине.

В работе использованы следующие гистологические методики окраски: гематоксилин-эозин, пикрофуксин по Ван Гизону, резорцин-фуксином по Вейгерту. Для количественной оценки использовалась морфометрия. Полученные результаты обрабатывали с помощью пакета компьютерных программ статистического анализа «Microsoft Excel 2003» и «Statistica 6.0».

Результаты и их обсуждение. Морфогенез псевдокисты поджелудочной железы представляет собой сложную, комплексную общую и местную реакцию организма на повреждение парапанкреатической клетчатки, жировой ткани брыжейки тонкой и толстой кишки, большого сальника и брюшины панкреатическими ферментами.

Формирование псевдокисты, охватывает период с трех часов до 14 суток после локального криовоздействия на поджелудочную железу и заключается в преобразовании инфильтративно-некротической формы парапанкреатита в псевдокисту. Этот процесс сопровождается новообразованием и ростом капиляров. Образуются эпителиальные тяжи, в которых затем возникает просвет. Установлена синхронность роста фибробластов и сосудов, что обусловлено гуморальным и коррелятивным взаимодействием клеток.

Гистологическое исследование стенки псевдокисты поджелудочной железы позволило выделить три основные патоморфологические формы, указывающие на стадию процесса.

Молодая псевдокиста (с 14 по 21 сутки эксперимента) характеризуется широким внутренним грануляционным слоем и превалированием нейтрофильных лейкоцитов среди клеточных популяций ее стенки. Эндотелиальные тяжи и

капилляры являются основой, по которой происходит миграция и развитие грануляционной ткани.

У зрелой псевдокисты (с 21 по 45 сутки исследования) преобладает наружный соединительнотканый слой. Созревание соединительной ткани сопровождается регрессией и исчезновением капилляров. Сохранившиеся сосуды располагаются концентрически, соответственно ориентации коллагеновых волокон. На стадии дистрофических изменений (с 45 по 90 сутки исследования) в стенке псевдокисты выявляется дезорганизация соединительной ткани, мукоидное набухание, фибриноидные изменения и гиалиноз. Большинство сосудов редуцировано. Различное качество и степень выраженности дистрофических изменений является морфологическим выражением нарушения трофических процессов в стенке псевдокисты.

Заключение. Проведенное морфологическое исследование на экспериментальном материале показало значительную роль сосудистого фактора в морфогенезе псевдокисты поджелудочной железы. Полученные данные могут быть использованы для разработки рациональных методов лечения и оценки их эффективности.

Литература:

1. Курыгин, А.А. Хирургическое лечение осложненных кист поджелудочной железы / А.А. Курыгин, Э.А. Нечаев, А.Д. Смирнов // Вестник хирургии. – 1988. – Т. 141, № 10. – С. 84–86.
2. Лечение больных с кистами поджелудочной железы / Ю.Б. Мартов [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 1999. – Т. 4, № 2. – С. 166–167.
3. Мишин, В.Ю. Современный подход к лечению псевдокист поджелудочной железы / В.Ю. Мишин, А.П. Квезерова // Анналы хирургии. – 2000. – № 3. – С. 32–39.
4. Способ моделирования псевдокисты поджелудочной железы: пат. 12268 Респ. Беларусь, МПК (2006) G 09B 23/00, A 61 B 18/00 С.В. Дорошкевич, Е.Ю. Дорошкевич; заявитель Гомельский гос. мед. ун-т. - № а 20070428; заявл. 30.12.2008; опубл. 01.09.2009 // Афицыйны бюл. / Нац. цэнтр інтэлектуал. уласнасці. – 2009, – №4. - С. 160.
5. Щасный А.Т. Псевдокисты поджелудочной железы: диагностика, лечение А.Т. Щасный // Новости хирургии. – 2009. - Т. 17, № 1. - С. 143- 156.